

フリガナ

氏名

男 ・ 女

年齢

歳

★ 次の質問にお答え下さい。□は■塗りつぶして下さい。

<p>1 歯等に有害な業務には従事していますか。</p>	<p> <input type="checkbox"/> これから作業に入る (今回初めて歯科健診を受ける)  <input type="checkbox"/> 作業に従事している → 作業工程の変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし  <input type="checkbox"/> 従事していない (ここ6カ月間)         </p>																									
<p>2 1) 上記「■作業に従事している」「■従事していない(ここ6カ月間)」の方はお答えください。          前回の歯科健診は「異常なし」でしたか はい いいえ ( )</p> <p>2) 上記「■作業に従事している」の方はお答えください。          通常の作業での平均的な使用時間と頻度 <u>1回</u> 時間 <u>週・月・年</u> 回</p> <table border="0"> <tr> <td>使用時間や頻度(6カ月前と比較)</td> <td>増えた</td> <td>減った</td> <td>変わらない</td> <td>わからない</td> </tr> <tr> <td>作業時の局所排気装置の使用</td> <td>常時使用</td> <td>時々使用</td> <td>設置なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td>呼吸用保護具の使用</td> <td>常時使用</td> <td>時々使用</td> <td>設置なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td>手袋・メガネ・防護衣等の使用</td> <td>常時使用</td> <td>時々使用</td> <td>設置なし</td> <td></td> </tr> <tr> <td>化学物質の大量ばく露</td> <td>ばく露があった</td> <td>ばく露はなかった</td> <td>わからない</td> <td></td> </tr> </table> <p><small>※ばく露とは、「化学物質を吸入したり、化学物質に触れたりすること」です。</small></p>		使用時間や頻度(6カ月前と比較)	増えた	減った	変わらない	わからない	作業時の局所排気装置の使用	常時使用	時々使用	設置なし		呼吸用保護具の使用	常時使用	時々使用	設置なし		手袋・メガネ・防護衣等の使用	常時使用	時々使用	設置なし		化学物質の大量ばく露	ばく露があった	ばく露はなかった	わからない	
使用時間や頻度(6カ月前と比較)	増えた	減った	変わらない	わからない																						
作業時の局所排気装置の使用	常時使用	時々使用	設置なし																							
呼吸用保護具の使用	常時使用	時々使用	設置なし																							
手袋・メガネ・防護衣等の使用	常時使用	時々使用	設置なし																							
化学物質の大量ばく露	ばく露があった	ばく露はなかった	わからない																							
<p>3 現在、虫歯・歯周疾患等で通院していますか。</p>	<p> <input type="checkbox"/> している → <input type="checkbox"/> 虫歯 <input type="checkbox"/> 歯周病  <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> その他 ( )         </p>																									
<p>4 現在、□腔内・□唇のトラブルはありますか。</p>	<p> <input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 歯肉・粘膜の腫れ  <input type="checkbox"/> □内炎 <input type="checkbox"/> その他 ( )  <input type="checkbox"/> ない         </p>																									
<p>5 下記のような症状はありますか。 <input type="checkbox"/> 下記の症状はない</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 歯がしみる</td> <td><input type="checkbox"/> 歯のツヤがなくなる</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 歯の形が細くなる</td> <td><input type="checkbox"/> 歯が黄色くなる</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 歯の厚さが以前よりも薄くなる</td> <td><input type="checkbox"/> 詰め物の色が変化する</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 前歯の先が欠けてしまう</td> <td><input type="checkbox"/> 詰め物やかぶせ物と歯の境目の部分が茶色くなる</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 詰め物と歯の間に隙間ができています</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 歯のかみ合わせ部分が平らになる</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> 歯がしみる	<input type="checkbox"/> 歯のツヤがなくなる	<input type="checkbox"/> 歯の形が細くなる	<input type="checkbox"/> 歯が黄色くなる	<input type="checkbox"/> 歯の厚さが以前よりも薄くなる	<input type="checkbox"/> 詰め物の色が変化する	<input type="checkbox"/> 前歯の先が欠けてしまう	<input type="checkbox"/> 詰め物やかぶせ物と歯の境目の部分が茶色くなる	<input type="checkbox"/> 詰め物と歯の間に隙間ができています		<input type="checkbox"/> 歯のかみ合わせ部分が平らになる														
<input type="checkbox"/> 歯がしみる	<input type="checkbox"/> 歯のツヤがなくなる																									
<input type="checkbox"/> 歯の形が細くなる	<input type="checkbox"/> 歯が黄色くなる																									
<input type="checkbox"/> 歯の厚さが以前よりも薄くなる	<input type="checkbox"/> 詰め物の色が変化する																									
<input type="checkbox"/> 前歯の先が欠けてしまう	<input type="checkbox"/> 詰め物やかぶせ物と歯の境目の部分が茶色くなる																									
<input type="checkbox"/> 詰め物と歯の間に隙間ができています																										
<input type="checkbox"/> 歯のかみ合わせ部分が平らになる																										
<p>6 現在治療中・経過観察中の病気、過去に治療したことのある病気をお知らせください。</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 高血圧</td> <td><input type="checkbox"/> 糖尿病</td> <td><input type="checkbox"/> 脂質異常</td> <td><input type="checkbox"/> 高尿酸血症(痛風)</td> <td><input type="checkbox"/> 貧血</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 肝臓病 (脂肪肝・肝硬変・肝炎等)</td> <td><input type="checkbox"/> 腎臓病 (腎不全・ネフローゼ等)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 脳卒中 (脳出血・脳梗塞・脳血栓等)</td> <td><input type="checkbox"/> 心疾患 (狭心症・心筋梗塞等)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 喘息</td> <td><input type="checkbox"/> がん</td> <td><input type="checkbox"/> その他 ( )</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> 現在、過去に治療したことのある病気はない</p>		<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常	<input type="checkbox"/> 高尿酸血症(痛風)	<input type="checkbox"/> 貧血	<input type="checkbox"/> 肝臓病 (脂肪肝・肝硬変・肝炎等)	<input type="checkbox"/> 腎臓病 (腎不全・ネフローゼ等)				<input type="checkbox"/> 脳卒中 (脳出血・脳梗塞・脳血栓等)	<input type="checkbox"/> 心疾患 (狭心症・心筋梗塞等)				<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> がん	<input type="checkbox"/> その他 ( )							
<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> 脂質異常	<input type="checkbox"/> 高尿酸血症(痛風)	<input type="checkbox"/> 貧血																						
<input type="checkbox"/> 肝臓病 (脂肪肝・肝硬変・肝炎等)	<input type="checkbox"/> 腎臓病 (腎不全・ネフローゼ等)																									
<input type="checkbox"/> 脳卒中 (脳出血・脳梗塞・脳血栓等)	<input type="checkbox"/> 心疾患 (狭心症・心筋梗塞等)																									
<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> がん	<input type="checkbox"/> その他 ( )																								